

Primary Health Care: A Historical Review in Iran and the World

Sayyed Morteza Hosseini Shokouh^{1,2} Taha Nasiri^{1,2*} Lida Shams³, Mohammad Meskarpour Amiri¹

¹Health Management Research Center, Baqiyatallah University of Medical Sciences, Tehran, Iran

²Faculty of Health, Baqiyatallah University of Medical Sciences, Tehran, Iran

³Virtual School of Medical Education and Management, Shahid Beheshti University of Medical Sciences. Tehran, Iran

Received: 19 September 2021 Accepted: 10 February 2023

Abstract

Human health is a fundamental right and a valuable asset at all levels and social classes. All countries have mentioned this right as the most basic right of the people of their country, and governments have made maintaining and promoting it one of the most important endeavors in their daily lives. During the 1970s, the World Health Organization proposed new solutions to problems. Alma Ata conference in 1978 is considered as one of the milestones in the delivery of health care in the world. At this conference- which was attended by most countries of the world - the emphasis on health actions compared to treatment was identified as one of the most important ways to ensure health. Subsequently, and for many years, the World Health Charter and Report and PHC-related conferences emphasize the need for the role of this approach as an equitable approach to accessing health services and health promotion. Finally, the World Health Report 2008, stressed the need primary health care (PHC) at this time more than ever it is important and it knows the key to achieve health equity. This approach has been used simultaneously in Iran and other countries of the world. In this article, briefly and in two parts, first, the historical course of primary health care and in the second part, its course in Iran and some selected countries of the world are mentioned. Covid-19 pandemic, reiterates the need to pay serious attention to the principles of primary health care in countries around the world, and showed that resorting to approaches to promote health and health governance is the main and least costly strategy in combating and controlling this disease.

Keywords: Health, Primary health care, Equity, World Health Organization, Iran

*Corresponding author: Taha Nasiri , Email: dr.tahaf5@yahoo.com

مراقبت های اولیه بهداشتی: مروری بر سیر تاریخی در ایران و جهان

سیدمرتضی حسینی شکوه^{1و2*}، طه نصیری^{1و2*}، لیدا شمس³، محمد مسگرپورامیری¹

¹ مرکز تحقیقات مدیریت سلامت، دانشگاه علوم پزشکی بقیه الله (عج)، تهران، ایران.

² دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی بقیه الله (عج)، تهران، ایران.

³ دانشکده مجازی آموزش پزشکی و مدیریت، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران.

چکیده

سلامت انسان یک حق اساسی و سرمایه ارزشمند در تمامی سطوح و طبقات اجتماعی است. تمامی کشورها از این حق به عنوان اساسی ترین حقوق مردم کشور خود نام برده و حکومت ها، حفظ و ارتقاء آن را جزو مهمترین تلاش های زندگی روزمره شان محسوب نموده اند. در طول دهه 1970، سازمان جهانی بهداشت، راه حل های جدیدی برای ارائه و حل مشکلات پیشنهاد گردید. کنفرانس آلماتا در سال 1978 به عنوان یکی از نقاط عطف در ارائه خدمات سلامت در دنیا محسوب می گردد. در این کنفرانس - که اکثر کشورهای دنیا در آن حضور داشتند - تاکید بر انجام اقدامات بهداشتی در مقایسه با درمان، به عنوان یکی از مهمترین راه های تامین سلامتی تعیین گردید. پس از آن و در سال های متمادی، در منشور و گزارش جهانی سلامت و کنفرانس های مرتبط با PHC، بر ضرورت نقش این رویکرد به عنوان روشی عادلانه در دستیابی به خدمات سلامت و ارتقاء سلامت تاکید می گردد. در نهایت، در گزارش جهانی بهداشت سال 2008 بر ضرورت مراقبت های بهداشتی اولیه در زمان کنونی بیش از هر زمان دیگری تاکید می گردد و آن را کلید دستیابی به عدالت در سلامت می داند. این رویکرد همزمان در ایران و سایر کشورهای دنیا بکار گرفته شده است. در این مقاله به اجمال و در دو بخش ابتدا به سیر تاریخی مراقبت های اولیه بهداشتی و در بخش دوم به سیر آن در ایران و چند کشور منتخب جهان اشاره می شود. پاندمی کووید-19، بار دیگر ضرورت توجه جدی به اصول مراقبت های اولیه بهداشتی در کشورهای جهان را مورد تاکید قرار داده است و نشان داد توسل به رویکردهای ارتقاء سلامت و حاکمیت بهداشت، اصلی ترین و کم هزینه ترین راهبرد در مقابله و کنترل این بیماری است.

کلیدواژه ها: سلامت، مراقبت های اولیه بهداشتی، عدالت، سازمان جهانی بهداشت، ایران.

* نویسنده مسئول: طه نصیری، پست الکترونیک: dr.tahaf5@yahoo.com

دریافت مقاله: 1400/06/28 پذیرش مقاله: 1401/11/21

مقدمه

سلامت انسان ها به عنوان یک حق اساسی و یک دارایی و سرمایه ارزشمندی برای تمامی سطوح و طبقات اجتماع است. تمامی کشورها نیز از این حق به عنوان اساسی ترین حق مردم کشور خود نام برده اند و حکومت ها حفظ و ارتقای آن را جزو مهمترین تلاش های زندگی روزمره شان محسوب نموده اند. اکنون سلامت نه به عنوان یک نیاز، بلکه به عنوان تقاضا از سوی جمع کثیری از مردم مورد مطالبه قرار گرفته و بسیاری از دولتمردان در برنامه های انتخاباتی خود این مسئله را به عنوان یک اصل مطرح می نمایند(1).

اولین بحث در خصوص مراقبت های بهداشتی اولیه به مدل داوسون بر می گردد که در حوالی سال 1920 در بریتانیا مطرح گردید. در دهه 1960 بسیاری از کشورهای در حال توسعه، شوق زیادی را برای ارائه خدمات درمانی و مراقبت های پیشگیری نشان دادند ولی همچنان به دلیل فقر فرهنگی و فقدان شیوه رویکرد مناسب به این خدمات، استفاده از این خدمات را دچار مشکل نموده بود. علی رغم این، موردی چون افزایش واکسیناسیون موفقیتی مناسب در ارائه خدمات بهداشتی بود، که توسط کشورهای مختلف به اجرا درآمده بود. شاید بتوان شروع ارائه خدمات و مراقبت های بهداشتی اولیه را از جوامع فقیر روستایی در چین، تانزانیا، سودان و ونزوئلا دانست (2). البته این خدمات بیشتر شامل خدمات درمانی بود. در طول دهه 1970 راه حل های جدیدی توسط سازمان جهانی بهداشت برای حل مشکلات پیشنهاد گردید. کنفرانس آلماتا در سال 1978 به عنوان یکی از نقاط عطف در ارائه خدمات سلامت در دنیا محسوب می گردد. در این کنفرانس که اکثر کشورهای دنیا در آن حضور داشتند، تاکید بر انجام اقدامات پیشگیری بر درمان، به عنوان یکی از مهمترین راه های تامین سلامتی تعیین گردید. بر همین اساس نظام مراقبت های اولیه براساس چهار رکن اساسی: 1. عدالت 2. همکاری بین بخشی 3. مشارکت مردمی 4. استفاده از تکنولوژی مناسب شکل گرفت. در این نظام خدمات مراقبت های اولیه در سه سطح تعریف گردید. علی رغم تمامی موارد مطرح شده، استقرار نظام مراقبت های بهداشتی اولیه سال ها بطول انجامید (3و4). در کشور ما از حوالی سالهای 1353 کار مطالعاتی بر روی نظام سلامت ایران آغاز گردید و پس از حدود پنج سال اولین نشانه های استقرار این نظام در سال 1358 نمایان شد ولی تا استقرار کامل شبکه های بهداشتی درمانی یعنی در سال 1364 این روند ادامه یافت. پس از استقرار برنامه PHC، نتیجه آن راه اندازی خانه های بهداشت و بدنبال آن مراکز بهداشتی درمانی روستایی در سطح شهرها و روستاها و همچنین پایگاه های بهداشت و مراکز بهداشتی درمانی شهری در سایر ساختارهای نظام سلامت بود (5و6).

از مهمترین رخدادهای تاریخی در تحول عرضه و تولید خدمات سلامت، تصمیم جامعه جهانی مبنی بر پذیرش روش مراقبت اولیه بهداشتی (Primary Health Care) به منظور نیل به اهداف متعدد از جمله تحقق عدالت در دسترسی جامعه به خدمات سلامت اولیه است. مراقبتهای بهداشتی اولیه به صورت مراقبتهای بهداشتی ضروری که در دسترس همه افراد جهان قرار گیرد، برای آنها قابل قبول باشد، با مشارکت کامل آنها باشد، قیمت مناسبی برای جامعه داشته باشد و کشور قادر به پرداخت هزینههای آن باشد، تعریف می گردد. اعلامیه آلماتا سندی معتبر در تعریف مبانی مراقبت های اولیه سلامت بود که در سال 1978 به عنوان کلید دستیابی به هدف بهداشت برای همه تا سال 2000 میلادی پذیرفته شد، اما پس از چندی از اصول آن جهت پاسخگویی به مسائل جاری و نیازهای مراقبت های اولیه سلامت منحرف شد. با ورود به قرن بیست و یکم، بر اصالت و ضرورت آینده، ارتقاء سطح سلامت و نیز دستیابی به عدالت در سلامت تاکید شد. در اعلامیه بهداشت جهانی برای قرن بیست و یکم و گزارش توسعه انسانی سازمان ملل در سال 2002 اصول PHC مورد بحث و موافقت جهانی قرار گرفته، و گزارش بهداشت جهانی سال 2008 نیز به آن اختصاص یافت (6,7,8).

دولت ها در مسیر تحقق این رویکرد با چالش هایی همچون کمبود نیروی انسانی، ناکافی بودن منابع مالی و تجهیزات، و... مواجه اند، جهت آمادگی و برخورد با این چالش ها راهکارهایی چند قابل توجه می باشد: تحول در آموزش نیروی انسانی، ایجاد هماهنگی و انگیزه برای اجرای P.H.C از جمله: تامین زیرساخت ها، سازماندهی مجدد کارکنان و تعامل همه بخش های مختلف. تاکنون کنفرانس های سالانه بسیاری در زمینه سلامت و گزارش های مختلف جهانی در این مورد صورت پذیرفته است که ما در این مقاله به مهمترین آن ها که مربوط به تکامل PHC می شود خواهیم پرداخت.

روش ها

روش مطالعه از نوع مرور حکایتی می باشد که با بررسی مطالعات کتابخانه ای و منابع الکترونیکی معتبر اعم از pub med, science direct, magiran, ... و سیر در مقالات مرتبط با استفاده از کلید واژه های مراقبت های بهداشتی اولیه، کنفرانس، گزارش جهانی، آلماتا و... به فارسی و انگلیسی به انجام رسیده است. پس از مرور مقالات؛ مقالاتی که مربوط به PHC و کنفرانس هایی که مربوط به تکامل آن بودند انتخاب و از آنها در تنظیم و ارایه در این مقاله استفاده شد. در این مقاله به اجمال و در دو بخش ابتدا به سیر تاریخی مراقبت های اولیه بهداشتی و در بخش دوم به سیر آن در ایران و چند کشور منتخب جهان اشاره می شود.

الف) سیر تاریخی و اصول مراقبت های اولیه بهداشتی

مناسب بوده و تاکید می شود آحاد جامعه به مراقبتهای بهداشتی اولیه شامل موارد زیر دسترسی داشته باشند:

آب آشامیدنی سالم در منزل یا فاصله 15 دقیقه

راهپیمایی

ایمن سازی کودکان بر علیه 6 بیماری واگیر دوران

کودکی (دیفتری، کزاز، سیاه سرفه، سرخک، فلج اطفال، سل)

دسترسی به 20 قلم داروی اساسی با یک ساعت پیاده

روی یا استفاده از وسیله نقلیه

وجود کارکنان تعلیم دیده برای مراقبت از حاملگی،

زایمان و مراقبت از اطفال تا حداقل یکسالگی

حداقل 90٪ نوزادان وزنی بالای 2500 گرم در زمان

تولد داشته باشند.

حداقل 90٪ کودکان از وزن مناسب برای سن

برخوردار باشند.

کاهش مرگ و میر کودکان زیر یکسال به کمتر از 50

در هزار

افزایش امید به زندگی در بدو تولد به بیش از 60

سال

رساندن میزان باسوادی برای زنان و مردان به بیش از

70 درصد کل افراد جامعه

افزایش سرانه افراد جامعه از تولید ناخالص ملی به

بیش از 50 دلار در سال (1).

درماه می سال 1979 استراتژی جهانی بهداشت برای همه

توسط سی و دومین اجلاس سازمان جهانی بهداشت مورد

تصویب قرار گرفت و نمایندگان کشورهای عضو پذیرفتند که

استراتژی های کشوری بهداشت برای همه را براساس مراقبت

های اولیه بهداشتی تدوین و به مرحله عمل درآوردند(11). اما در

دهه 1980 استراتژی مراقبت های اولیه سلامت، موضوع پایش

رشد، درمان خوراکی کم آبی، تغذیه با شیر مادر و ایمن سازی

(Growth monitoring, Oral dehydration therapy)

(Breast feeding and Immunization,) عنوان گردید

که این موضوع در واقع اولین مرحله انحراف از مسیر اصلی بود

(12و13).

در سال 1981 راهبرد جهانی "بهداشت برای همه" توسط

سازمان جهانی بهداشت تکمیل شد که هدف آن بر پایه

سیاستهای زیر استوار گردید:

• بهداشت و تندرستی حق مسلم مردم است و تامین آن

یک هدف اجتماعی در سراسرجهان است؛

• اختلاف موجود بین وضعیت بهداشتی مردم جهان

نگرانی مشترک تمام کشورهاست و باید به شدت کاهش یابد.

بنابراین پایه و اساس استراتژی بهداشت برای همه توزیع عادلانه

امکانات بهداشتی در بین کشورها و در درون کشورها به ترتیبی

در بیانیه رسمی سیامین مجمع جهانی بهداشت در

سال 1977 که به بیانیه آلماتا معروف است اعلام گردید که در

دهه های آینده هدف اجتماعی و اصلی دولت ها و سازمان

جهانی بهداشت، دستیابی همه مردم جهان در سال 2000

میلادی به سطحی از سلامتی باشد که امکان برخورداری از یک

زندگی مؤثر و مولد را برای آنان فراهم آورد(9).

در سال 1978 نیز کنفرانس مراقبت های اولیه بهداشتی(6)تا

12 سپتامبر) در آلماتا (مرکز جمهوری قزاقستان) تشکیل گردید و

روش دستیابی به بهداشت برای همه، مراقبت های بهداشتی

اولیه(Primary Health Care- PHC) معرفی شد. دستاورد

این کنفرانس اعلامیه ای ده ماده ای بود و هنوزسندی معتبر در

تعریف و تعیین مبانی خدمات بهداشتی اولیه است که در سازمان

های بین المللی و سطوح ملی کشورها مورد استناد و استفاده قرار

می گیرد. این اعلامیه جهانی، هدف کلی بهداشت برای همه تا

سال 2000 میلادی را به صورت نیل به سطحی از

تندرستی(جسمی، روانی و اجتماعی) برای تمام مردم جهان که

ایشان را قادر سازد از نظر اجتماعی و اقتصادی زندگی سازنده ای

داشته باشند، تعریف نموده و کلید حصول به چنین هدفی را

خدمات سلامت اولیه قرار داده است. مراقبتهای بهداشتی ضروری

که در دسترس همه افراد جهان قرار گیرد، برای آنها قابل قبول

باشد، با مشارکت کامل آنها باشد، قیمت مناسبی برای جامعه

داشته باشد و کشور قادر به پرداخت هزینه های آن باشد؛ را

مراقبتهای اولیه بهداشتی گویند (10).

ماده شش اعلامیه آلماتا خدمات اولیه سلامت را مراقبتهای

اساسی که تمام افراد و خانواده ها از طریق مشارکت کامل

خویش به آن دسترسی می یابند، هسته اصلی نظام سلامت کشور

و جزء جدایی ناپذیر توسعه اجتماعی جامعه، اولین سطح تماس

افراد خانواده ها و جامعه با نظام سلامت و اولین جزء جریان

مستمر خدمات سلامت تعریف می نماید. همچنین در ماده هفت

اعلامیه آلماتا به محتوای هشتمانه خدمات اولیه سلامت که

شامل موارد 1- آموزش همگانی جامعه در زمینه مسائل سلامتی؛

2- بهبود غذا و تغذیه صحیح؛ 3- تامین آب سالم و کافی و

بهسازی اساسی محیط؛ 4- مراقبتهای سلامتی مادران، کودکان و

تنظیم خانواده؛ 5- ایمن سازی علیه بیماریهای عمده عفونی؛ 6-

پیشگیری از بیماریهای شایع و بومی و کنترل آنها؛ 7- درمان

مناسب بیماریها و حوادث و 8- پیش بینی و تدارک داروهای

اساسی است اشاره دارد هرچند در سال های بعد به این اصول

هشتمانه نخستین؛ اصول دیگری هم اضافه شده است که

عبارتند از: تامین نیروی انسانی، بهداشت دهان و دندان، آمادگی

جهت مقابله با بلاهای طبیعی، و بهداشت روانی (1).

اصول PHC مشتمل بر چهار اصل توزیع عادلانه خدمات

بهداشتی، مشارکت جامعه، هماهنگی بین بخشی و فن اوری

که به دسترسی عموم مردم به مراقبت‌های اولیه بهداشتی و خدمات پشتیبانی آن بیانجامد؛

- حق و وظیفه مردم است که به صورت فردی و گروهی در برنامه ریزی و اجرای مراقبت‌های بهداشتی خودشان نقش داشته باشند. بنابراین مشارکت فعال مردم در شکل دادن به آینده بهداشتی و اقتصادی جامعه از عوامل اساسی در تحقق استراتژی‌های بهداشت برای همه است؛

- دولتها در برابر بهداشت و تندرستی مردم که با فراهم نمودن امکانات اجتماعی و بهداشتی کافی امکان پذیر است مسئولیت تام دارند. بنابراین برای تامین بهداشت برای همه تنها تعهد وزارت بهداشت کافی نبوده و تعهد سیاسی دولت در سطح کلی ضرورت دارد؛

- بهداشت باید به عنوان پایه و اساس توسعه اقتصادی و اجتماعی باشد. بنابراین تنها تلاش وزارت بهداشت در این زمینه کافی نبوده، هماهنگی و همکاری سایر بخشها که با توسعه اقتصادی کشور ارتباط دارند چون بخشهای کشاورزی، دامپروری، صنعت، مسکن، آموزش و پرورش و ارتباطات، کار و امور اجتماعی و رسانه های گروهی نیز ضرورت دارد؛

- همکاری فنی و اقتصادی بین کشورها در توسعه و اجرای استراتژی بهداشت برای همه نقش موثری دارد؛

- اگر قرار باشد دولتها برای همه بهداشت را فراهم کنند باید در مسائل بهداشتی متکی به خود بار آیند. ولی این به معنای لزوم خودکفایی در بهداشت نیست زیرا برای تامین و توسعه استراتژی بهداشتی و فایز آمدن بر مشکلات، همکاری و مسئولیت بین المللی امری ضروری است؛

- مراقبت‌های بهداشتی نه فقط به صرفه و موثر بلکه باید در حد استطاعت مردم و مورد قبول آنان باشد؛

- مراقبت‌های بهداشتی درمانی باید بطور عادلانه برای تمامی مردم فراهم آید و نه اینکه بیشترین خدمات برای درصد کمی از مردم تامین و در مقابل گروه زیادی از حداقل مراقبت‌های بهداشتی محروم مانند؛

- افراد و جوامع باید در برنامه ریزی، اجرا و ارزشیابی برنامه های بهداشتی درمانی مشارکت داشته و بهداشت باید به عنوان بخشی از توسعه اجتماعی و اقتصادی تلقی گردد؛

- واحدهای ارائه کننده مراقبت‌های بهداشتی و درمانی باید خدمات پیشگیری، درمانی، توانبخشی و اعتلایی را بطور ادغام یافته ارائه نمایند؛

- سیاست بهداشت برای همه باید در بالاترین سطح اداری در کشورها مورد تایید باشد؛

- حداقل 5٪ تولید ناخالص ملی باید برای بهداشت صرف شود؛

- تدابیر لازم بمنظور جلب مشارکت مردم و مطرح ساختن نیازهای واقعی و خواسته های آنها، سیاست عدم تمرکز در تصمیم گیری اجرا شود؛

- توزیع عادلانه منابع و امکانات بهداشتی برای مناطق شهری و روستایی انجام گرفته باشد (8).

سازمان جهانی بهداشت در منشور اتاوا در سال 1986 در کانادا ارتقاء سلامت را "فرایند قادر سازی افراد برای کنترل عوامل موثر بر سلامت خود و نهایتاً سلامت خود" تعریف می کند. منشور اتاوا شش استراتژی توسعه سیاستهای سالم بهداشتی، ایجاد محیط های حامی سلامت، تقویت اقدام جامعه، توسعه مهارت های فردی و بازنگری در سیستم های ارائه خدمات بهداشتی را به عنوان جهت های اصلی مداخلات ارتقاء سلامت تعریف نمود (15).

منشور بانکوک در سال 2005 ضمن تاکید بر منشور اتاوا چهار تعهد اصلی برای ارتقاء سلامت را شامل تبدیل ارتقاء سلامت به محور توسعه؛ تبدیل ارتقاء سلامت به مسئولیت همه دولتها؛ تبدیل ارتقاء سلامت به مسئله مورد تمرکز جوامع و انجمن های مدنی و تبدیل ارتقاء سلامت به پیش نیاز فعالیت های مسئولانه اقتصادی و تجاری پیشنهاد می نماید. از زمان انتشار منشور اتاوا در سال 1986 تاکنون تغییرات مهمی در ساختار و عملکرد سلامت و توسعه در سازمانهای بین المللی چون سازمان جهانی بهداشت و سازمان ملل و نیز در کشورهای جهان به خصوص کشورهای توسعه یافته ایجاد شده است. انجمن های تخصصی ملی و بین المللی ارتقاء سلامت در بسیاری از کشورها تاسیس شده است. کنفرانسهای ملی و بین المللی ارتقاء سلامت و نیز مراکز تحقیقاتی ارتقاء سلامت در بسیاری از کشورها شکل گرفته اند. در ده ها دانشگاه، ارتقاء سلامت در مقاطع لیسانس، فوق لیسانس و دکتری به تربیت نیروی انسانی متخصص می پردازند. اما در کشورهای در حال توسعه از جمله ایران این روند پیشرفت بسیار کندی داشته است (14-16).

در سال 1993 با گزارش بانک جهانی، سرمایه گذاری در سلامت به شدت تبلیغ و ترویج گردید که محور های اصلی این گزارش برکارایی فنی و پرداخت مستقیم برای استفاده از خدمات تاکید داشت (11). به هرحال PHC طی دو دهه بعد از 1978، از مسیر خود به سمت کنترل بیماریها، بهبود اثربخشی و اصلاحات مالی بخش سلامت منحرف شد اما پس از سی سال، شروع به چرخش و برگشت به سیستم های سلامت حمایتی و در مسیر اهداف اصلی اولیه حرکت کرد (12و13).

در سال 2000 در اجلاس سازمان ملل که با شرکت 189 کشور جهان تحت عنوان اجلاس توسعه هزاره سوم (Millennium Development Goals-MDGs) برگزار گردید اهداف توسعه هزاره تعیین گردید. نقش عوامل متعدد اجتماعی در سلامت و اهمیت آنها مشهودتر از آن بود که نادیده

برای همیشه با تاکید بر عدالت در دسترسی به خدمات سلامت و کاستن از نابرابری های سلامت مورد تاکید قرار داده است. در گزارش چنین آمده "نسبت عظیمی از منابع برای خدمات درمانی خرج می شود، پیشگیری و ارتقاء سلامت که می تواند 70 درصد از بار جهانی بیماری ها را کم کند، نادیده گرفته می شود." در این گزارش دلایلی چون رشد نابرابر و پیامدهای نابرابر حوزه سلامت، جهانی شدن و افزایش شهرنشینی و سالمندی جوامع، تاکید بر درمان های تخصصی، تاکید بر نتایج و پیامدهای کوتاه مدت و چندپارگی در ارایه خدمات، عدم دخالت و نظارت دولت در حاکمیت نظام سلامت و رونق خدمات با رویکرد تجاری و عاری از نظم و نظام، تغییر ارزش ها و فزونی انتظارات مردم و افزایش تقاضای برای مراقبت های اولیه سلامت را از مباحث عمده توجه مجدد و تاکید بر از بر سرگیری مراقبت های اولیه بهداشتی ذکر می نماید (20).

بطور کلی می توان گفت سازمان جهانی بهداشت به منظور حل مشکلات، نگاهی نو به PHC را با در نظر گرفتن چهار دسته اصلاحات به شرح ذیل در پی گرفته است (20):

- اصلاحاتی که تضمین کننده محافظت اجتماعی سلامت در برقراری عدالت اجتماعی، برابری و پایان دادن به فقر (اصلاحات پوشش همگانی). در مکعب پوشش همگانی به سه قسمت پهنا (نسبتی از جمعیتی که از حمایت اجتماعی برای سلامت برخوردارند که باید به این سمت با استفاده از پیش پرداخت، هماهنگ سازی منابع مالی و ترکیب کردن طرح های بیمه ای حرکت کرد)، بلندا (یعنی آن بخش از هزینه های سلامت که از طریق پیش پرداخت ها تامین می شود نیز باید افزایش یابد و به سمت کاهش اتکا به پرداخت های مستقیم حرکت کرد) و ژرفای پوشش (افزودن به تنوع بسته خدمات پایه) تاکید شده است. پوشش همگانی به کمک مکانیسم هایی همچون غلبه بر جدایی جمعیت های پراکنده دریافت کننده خدمات، گسترش مراقبت اولیه سلامت برای پرکردن شکاف در دسترسی به خدمات، بسیج منابع و مداخله های هدفمند برای پوشش همگانی خدمات سلامت صورت می پذیرد (شکل یک)؛

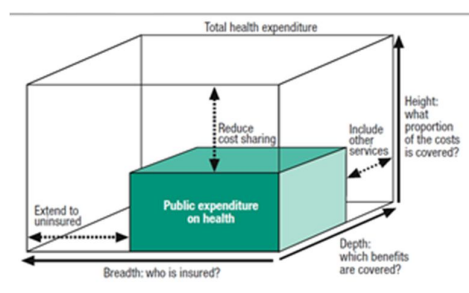
انگاشته شود. فقر، نابرابری، بیسوادی و معضل آموزش و سلامت، محتویات اعلامیه را تشکیل دادند (11).

باتوجه به گزارش سیاست بهداشت برای همه در قرن بیست و یکم، به عنوان یک چهارچوب توسعه و تکامل سیاست بهداشتی در آینده، نمایندگان با توافق کامل، اعلامیه بهداشت جهانی را با تاکید و تأیید مجدد اصول، اصالت و اساسی بودن تشکیلات سلامت اولیه همان گونه که در اعلامیه آلماتا تعریف شده بود عرضه نمودند. آنها توجه خود را به مضامین و مفاهیم اخلاقی عدالت اجتماعی و قضاوت اجتماعی ابراز داشته اند (17).

در سال 2003 در گزارش جهانی بهداشت، روی مراقبتهای اولیه سلامت، الگو و مدل نظام PHC مجدداً مورد تاکید واقع شده است و در سال 2004 مجمع جهانی بهداشت به وجود کمیسیون جهانی بررسی عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت، تاکید و در سال 2005 رسماً تشکیل شد. مقرر گردید در یک دوره زمانی سه ساله راهنمایی جهت سیاستگذاری در عرصه سلامت به منظور ارتقاء وضعیت سلامت و کاهش نابرابریها به ویژه در ارتباط با نقش عوامل اجتماعی، ارائه دهد (11).

در گزارش توسعه انسانی سال 2003 سازمان ملل، موضوعی با عنوان گستره مشکل در دستیابی به اهداف سلامت چنین آمده است: بسیاری از موارد مرگ کودکان و مادران به راحتی قابل پیشگیری است. پشه بند، آنتی بیوتیک های ارزان قیمت، و... روشهای چندان پیشرفته ای نیستند، با وجود این به دلیل مسائل سیستمیک گسترده به سختی در اختیار میلیونها انسان فقیر قرار می گیرند، و این مسائل عبارتند از: محدودیت منابع، بی عدالتی و ناکارایی (18).

در 15 تا 16 اکتبر 2008 همزمان با سی امین سالگرد کنفرانس آلماتا در شهر آلماتا، کنفرانسی با حیطه هایی چون مراقبت های اولیه بهداشتی برای رسیدگی به نابرابری ها، مشارکت و توانمندسازی جامعه، مدل های نوآوری، مراقبت های اولیه بهداشتی و اهداف توسعه هزاره، تقویت نظام های سلامت و سلامت در همه سیاست ها برگزار شد (19). که نهایتاً منجر به گزارش 2008 بهداشت جهانی با عنوان "مراقبتهای سلامت اولیه، حالا بیشتر از هر وقت دیگر" پرداخته و اهمیت، حقانیت و قابلیت اجرایی PHC را در ارائه خدمات سلامت در همه کشورها



شکل 1- سه مسیر حرکت به سمت پوشش همگانی

- ادغام بهداشت عمومی با مراقبت اولیه که از راه در پیش گرفتن سیاست های عمومی سالم تر در همه بخش ها، که جامعه سالم را تضمین می کند (اصلاحات سیاست عمومی) و بطوریکه سلامت در همه سیاستها لحاظ شود؛
- رهبری فراگیر مشارکتی و بر پایه گفتگو (اصلاحات رهبری). برپایه میانجی گری دولت ها و تقویت مشارکت و مذاکره و گفتگو ها که ضمن تقویت نظام های اطلاعاتی به هنگام تصمیم گیری صورت می پذیرد (شکل دو).

- خدمات سلامت به شکل مراقبت های اولیه یعنی حول محور نیازها و انتظارات مردم با پیامدهای بهتر به نوعی که خدمات، مناسبت اجتماعی بیشتری یابند و بیشتر پاسخگوی جهان در حال تحول باشند(اصلاحات ارائه خدمات). از طریق دیدگاه فرد-محور در پرسنل ارائه دهنده خدمت که درد و تنگناهای بیمار را بهتر بشناسند و جامعیت خدمات یعنی توجه به تمام ابعاد بیماری در فرد بیمار، تداوم مراقبت از بیمار و توسط ارائه کننده معتمد با نقطه ورود منظم، تیم های مراقبت اولیه به همراه پایش پیشرفت ارائه گردد؛



شکل 2- چهار دسته اصلاحات در گزارش جهانی بهداشت-2008

تأسیس سرویسهای بیمارستانی و سازمانهای بهداشتی حرفه ای شروع شد. در مرحله دوم، با گسترش روش علمی بصورت آموزش و کاربرد علوم پزشکی از سال 1900 شروع شد. در این دوره، مؤسسه پزشکی آمریکا تلاشهای جدی را به منظور اصلاح عملکرد پزشکان آغاز کرد. مرحله سوم تغییر در نظام سلامت ایالت متحده را می توان به سال های 1940 مربوط دانست که به دوره گسترش نظام مراقبت های بهداشتی مربوط می شود و تمرکز اصلی قدرت بر دولت فدرال است. تمرکز دولت بر مراقبت های سلامتی که از سال 1946 با تصویب قانون High-Burton شروع شده بود تا سال 1970 ادامه پیدا کرد. این قانون جهت دهی سرمایه گذاری در بیمارستان ها را موجب شد و منجر به افزایش شدید هزینه های بیمارستانی در دهه 1980 گردید. علاوه براین، در طی این دوره افزایش تعداد پزشکان، گسترش دسترسی به پوشش های مراقبت های سلامتی و رشد تکنولوژی پزشکی موجب افزایش بیشتر هزینه های نظام سلامت گردید. مرحله چهارم از سال 1980 شروع شده و دارای ویژگی هایی چون افزایش مشارکت هزینه، محدودیت منابع و تجدید نظر در سیستم ارایه خدمات از طریق مسوولان دولتی و مردم است. به نظر می رسد که ایالات متحد تنها کشور بزرگ صنعتی است که برای مردم خود فاقد طرحهای جامع دسترسی به مراقبتهای بهداشتی است و فقدان پوشش جامع یک مسئله سیاسی محسوب می شود (25).

نظام سلامت ملی ایتالیا

هرچند که نظام سلامت ملی ایتالیا مدل اکتسابی از NHS انگلستان است با این وجود تفاوت های مهمی بین این دو نظام

مارگارت چان مدیر کل سازمان بهداشت جهانی در سر مقاله جدیدی در مجله لانست نوشته است: مراقبت های اولیه بهداشتی راهی برای سازماندهی طیف کامل مراقبت های سلامت از خانه تا بیمارستان، با سرمایه گذاری منطقی منابع در سطوح مختلف مراقبت ها را ارائه می کند (20).

اما آنچه در جمع بندی این بخش از سیر تاریخی مراقبت های اولیه بهداشتی می توان به ان تاکید کرد اینکه رخداد مسایل بهداشتی و طغیان های فراگیر بیماری های واگیردار نظیر پاندمی کووید-19 که بیش از دو سال تمام کشورهای دنیا را درگیر خود نموده بود بار دیگر ضرورت توجه جدی به احیای اصول مراقبت های اولیه بهداشتی در کشورهای جهان را مورد تاکید قرار داده است و نشان داد توسل به رویکردهای ارتقاء سلامت و حاکمیت بهداشت، اصلی ترین و کم هزینه ترین راهبرد در مقابله و کنترل بیماری ها و در نهایت حفظ و ارتقاء سلامت جوامع است. ضرورت توجه و سازماندهی مجدد مراقبت های اولیه بهداشتی در مواجه با پاندمی هایی نظیر کووید 19 به عنوان یک راهبرد موثر در مقابله با بحران و بلایای بهداشت عمومی است و این موضوع در مطالعات منتشر شده اخیر مورد تاکید بوده است (21-24).

ب) PHC در کشورهای منتخب و ایران
نظام سلامت امریکا

سیستم سلامت در آمریکا سه مرحله کامل پیشرفت را پشت سر گذاشته است. مرحله اول از اواسط دهه 1800 اصلاحات با سازماندهی مراقبت های بهداشتی در ایالات متحده از طریق

ضروری است که در حال حاضر دیگر رایگان نبوده و در آغاز سال 2002 حق الزحمه رسمی برای خدمات سرپایی مشخص شده است. بطور کلی از مزایای نظام سلامت ترکیه وجود مراکز مراقبت های اولیه بهداشتی است که خدمات سلامت عمومی را به صورت محلی ارایه می نماید. این مراکز بهداشتی محلی توسط ماما اداره می شود و برای جمعیتی بالغ بر 2500 تا 3000 نفر بطور وسیعی در نواحی روستایی بکار می رود (28).

نظام سلامت در دانمارک

سیستم مراقبت بهداشتی و درمانی دانمارک، خدمات بیمارستانی و مراقبت های بهداشتی اولیه از جمله برنامه های پیشگیری را دربر می گیرد. « مناطق » مسئول ارائه مراقبت های بهداشتی اساسی مانند خدمات بیمارستانی و خدمات بهداشتی اولیه هستند. در حالی که حکومت های محلی مسئول ارائه خدماتی نظیر مراقبت های پرستاری در منزل، معاینات بهداشتی نوزادان، بهداشت مدارس و خدمات دندانپزشکی هستند. تأمین مالی عمدتاً بوسیله مالیات ها صورت می گیرد. اما گاهی اوقات بیماران پرداخت بخشی از هزینه ها را بعهده دارند. هزینه های خدمات بهداشتی و درمانی دولتی بالغ بر 6 درصد تولید ناخالص ملی را تشکیل می دهد و همه افراد مقیم دانمارک تحت پوشش خدمات بهداشتی و درمانی بخش دولتی هستند. نظام بهداشت و درمان دانمارک در سه سطح ملی، منطقه ای و محلی استوار است. وزارت سلامت اساساً از طریق درآمدهای ملی و تأمین اقتصادی در مناطقی که رسماً از اختیارات محلی برخوردارند به فعالیت های خود می پردازند. 16 منطقه به عنوان مجریان کلی در سطح منطقه ای شکل گرفته اند و توسط شوراهای رهبری می شوند. مناطق از طریق مالیات بر درآمد تأمین مالی می شوند، همچنین دولت نیز بخشی از تأمین اعتبار مالی را به عهده دارد. شهرداری های محلی مسئول برنامه ریزی و پیشبرد اهداف نظام تأمین اجتماعی مانند پرستاری در منزل، بهداشت عمومی، خدمات دندانپزشکی و مراقبت های بهداشت همگانی می باشند (28).

نظام سلامت در نروژ

وزارت بهداشت و امور اجتماعی نروژ مسئول تأمین خدمات سلامتی بصورت غیرمتمرکز در کشور است. شهرداری ها مسئول مراقبت های سلامت اولیه هستند. شورای استان مسئول برنامه ریزی برای بیمارستان است. استان ها مسئول برنامه ریزی در ارایه خدمات پزشکی و سایر خدمات سرپایی هستند و تأمین مالی سیستم بهداشتی نروژ براساس بودجه های عمومی است. طرح همگانی بیمه ملی نروژ همه افراد مقیم کشور را به صورت اجباری تحت پوشش قرار می دهد. مشارکت بیماران متفاوت است و بر مبنای شرایط مختلف متفاوت است. معافیت هایی در بعضی از موارد از جمله در مورد خدمات ناشی از کار و بیماری های شغلی در نظر گرفته شده است (28).

خدمات بهداشتی اولیه دولتی در روسیه

وجود دارد. مثلاً در کشور انگلیس در سال 1948 بیمارستان های عمومی و خصوصی وارد سیستم شدند ولی در ایتالیا بیمارستان های خصوصی را تحت پوشش قرار نمی دهد. نظام سلامت ایتالیا یک نظام سلامت ملی، ایالت محور است که در سه سطح ملی، ایالتی و محلی سازماندهی شده است. سطح ملی مسئول تضمین اهداف عمومی و اصول پایه ای سیستم است. ادارات بهداشتی ایالتی مسئول تضمین ارائه بسته های مزایا از طریق شبکه های جمعیت محور سازمانهای مدیریت بهداشتی محلی و بیمارستان های دولتی و خصوصی هستند (بیمارستان های حاد و درازمدت، آزمایشگاه های تشخیصی، مراکز پرستاری و پزشکان عمومی و متخصص). وزارت بهداشت دارای 5 عملکرد محوری است: برنامه ریزی خدمات بهداشتی و درمانی، تأمین اعتبار مالی خدمات بهداشتی و درمانی، تنظیم خط مشی ها، پایش و در نهایت انجام فعالیت های تأمین مالی نظیر اخذ مالیات های عمومی مرکزی و ایالتی و سایر پرداخت ها (26 و 27).

نظام بهداشت و درمان کشور ترکیه

تشکیلات خدمات بهداشت درمانی در ترکیه اساساً زیرمجموعه ای از وزارت سلامت این کشور است که توسط سازمان بیمه تأمین اجتماعی، دانشگاهها، وزارت دفاع، پزشکان خصوصی، دندانپزشکان و داروسازان ارائه می شود. وزارت بهداشت ارائه دهنده مراقبت های بیمارستانی، مراقبت بهداشتی و تنها ارائه دهنده خدمات بهداشتی و درمانی است. اگرچه بیمارستان های خصوصی نیز خدماتی را ارائه می دهند، ولی ظرفیتشان کم است. در سطح مرکزی، سیاستگذار در امر سلامت توسط وزارت سلامت و از طریق هیأت مدیره های سلامتی استانی که از نظر مسئولیت فرمانداران استانی اند، صورت می گیرد (28).

خدمات بهداشتی اولیه در ترکیه در سطح ایالتی و از طریق مراکز بهداشتی و پست های بهداشتی ارایه می گردد. مراکز بهداشتی به جمعیتی حدود 10000 تا 40000 نفر خدمت ارائه می دهند. هر مجموعه، تیمی شامل پزشک، پرستار، ماما، تکنیسین بهداشت و مدیر است و مسئولیت پیشگیری و آموزش بیماری های مسری؛ برنامه ریزی، آموزش بهداشت عمومی و خدمات بهداشت محیط و جمع آوری داده های آماری مربوط به بهداشت را برعهده دارند. پستهای بهداشتی به مراکز بهداشتی گزارشات خود را ارسال کرده و به وسیله ماما اداره می شود. این واحدها عرضه خدمات به جمعیتی در حدود 2000 تا 2500 نفر را خصوصاً در مناطق روستایی به عهده دارند. مراکز بهداشتی و پست های بهداشتی فقط مجموعه خدمات درمانی، پیشگیری، ترویج بهداشت و خدمات بهداشتی اجتماعی را ارائه می دهند. همه این مجموعه ها برای تشخیص اولیه و ارائه خدمات درمانی، از متخصصان استفاده می کنند. خدماتی که توسط مراکز بهداشتی و پستهای بهداشتی ارائه می شود شامل ارایه داروهای

مؤثر از منابع پزشکی هستند. پزشکان ارایه دهنده خدمات اولیه نه تنها درمان های طبی بلکه فعالیت های پیشگیرانه را نیز به انجام می رسانند. خدمات بهداشتی اولیه شامل مجموعه کاملی از اقدامات و خدمات مرتبط با یکدیگر است (28).

سابقه PHC در ایران

در ایران برای حل مشکلات مربوط به ارائه خدمات سلامت و توزیع نیروی پزشکی کشور از سال 1319 تا 1351 حداقل تجربه شش طرح به اجرا گذاشته شد: الف) طرح تربیت بهدار که از سال 1319 در مشهد و از سال 1325 در اصفهان و شیراز اجرا شد؛ ب) طرح سپاه بهداشت که از سال 1343 تا 1357 اجرایی شد؛ ج) طرح تربیت بهدار روستا که در شیراز، شمیران و تنکابن به اجرا گذاشته شد؛ د) طرح سلسله که در الشتر لرستان تجربه شد و ه) طرح تحقیقاتی نحوه توسعه خدمات پزشکی و بهداشتی در ایران که از سال 1351 تا 1355 در منطقه آکنو ارومیه با همکاری وزارت بهداری وقت، محققین انستیتو تحقیقات بهداشتی و سازمان جهانی بهداشت اجرا شد که به طرح رضائیه معروف گردید. راهبرد اصلی این طرح، تربیت و به کارگیری عوامل غیر پزشک (پسر و دختر روستایی با حداقل سواد ابتدایی پس از دوسال آموزش در محلی به نام خانه بهداشت بعنوان بهورز به روستاییان ارائه خدمت می کنند) در ارائه مراقبتهای اولیه بهداشتی بود (6، 29 و 30).

با توجه به مجموعه شرایط حاکم بر این طرح ها، در سال 1356، وزارت بهداری بطور رسمی، طرح رضائیه را به عنوان شیوه اصلی گسترش خدمات سلامت پذیرفت. اما به دلیل نابسامانی های اوایل انقلاب فرصت ادامه این فرایند نبود تا آنکه بالاخره در سایه تعهد سیاسی مسئولان نظام (اختصاص 3 میلیارد ریال بودجه برای توسعه شبکه بهداشت و درمان شهرستان توسط مجلس در بحبوحه جنگ) و دولت و با توجه به هم شعاع بودن اهداف شبکه و PHC با شعاع انقلاب اسلامی در دسترسی عادلانه به خدمات سلامت، بالاخره در سال 1363 شبکه های بهداشتی درمانی به عنوان نقطه عطف نظام سلامت در شهرستان های کشور استقرار یافتند (6، 29 و 30).

از سال 1364 تا 1375 توسعه شبکه بهداشتی و درمانی با تعهد سیاسی بالا ادامه یافت. در این مرحله استفاده از رابطین بهداشتی در سال 1368 در مرکز بهداشتی و درمانی شهری (طرح شهر ری) برای تشویق مراجعه و پیگیری مراجعین و اصلاحات شبکه شامل: تاکید بر بومی بودن بهورزو آموزش او، تغییر بهورزان شهری و استفاده از بهورزان روستایی، استقرار مرکز بهداشت استان و تفویض اختیارات مالی و اداری، تقویت آموزشگاه ها بهورزی و تدوین نظام جامع آماری ادامه یافت.

از سال 1375 به بعد نیز تحول در شبکه اما با شتابی کند ادامه داشت اما نقطه عطف آن موضوع پزشک خانواده بود که از

بیماران مناطق روستایی توسط مجموعه های بهداشتی که Feldshers و یا ماما هستند، پوشش داده شده و در مناطق شهری خدمات اولیه توسط پزشکان براساس پلی کلینیک های محلی ارائه می شود. همچنین، سلسله مراتب مشابهی از کلینیک ها و بیمارستان در سطح Rayon, Oblast, یا جمهوری در موارد پیچیده ای که ارجاع می شود وجود دارد. الگوی ارائه خدمات عرضه شده در قالب ایستگاه های مامایی (مجموعه های بهداشتی) و مراکز بهداشتی تعریف شده است.

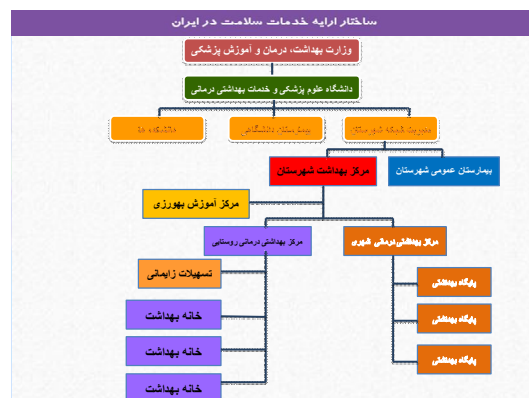
مجموعه های بهداشتی جمعیتی در حدود 4000 نفر را پوشش می دهند و ارایه خدماتی از قبیل واکسیناسیون، انجام معاینات بهداشتی اولیه و آزمایش های روتین و همچنین ارایه مراقبت به مادران باردار در طول دوران بارداری و زایمان را به عهده دارند. آنها درمان جراحات خفیف را به عهده دارند و معاینات روتین در منزل را نیز انجام می دهند، اما مجوز تجویز دارو ندارند. کارمندان این مراکز (Feldshers و یا ماما) به طور معمول به مدت 2 سال در زمینه پرستاری پایه آموزش می بینند و توسط هیئت دولت محلی استخدام می شوند و از طریق نزدیک ترین مرکز بهداشتی یا پلی کلینیک تحت نظارت قرار می گیرند. مراکز بهداشتی را تعدادی از پزشکان عمومی (Uchastok) تشکیل می دهند. این مراکز یا حوزه های کوچک، مناطق شهری و روستایی را با حدود 7000 نفر جمعیت تحت پوشش قرار می دهد، آنها توسط پزشک عمومی، پزشک اطفال و گاهی اوقات متخصص زنان و زایمان و همچنین کادر پرستاری اداره می شوند. این مراکز خدمات مراقبت اولیه، شامل واکسیناسیون، غربالگری، درمان بیماری های خفیف و نظارت بر بیماری های مزمن و تجویز نسخه را به عهده دارند. مراکز بهداشتی تعدادی محدودی تخت بیمارستانی دارند و قادر به ارایه خدمات سرپایی به بیماران و انجام جراحی های کوچک هستند (28).

جمهوری لتونی

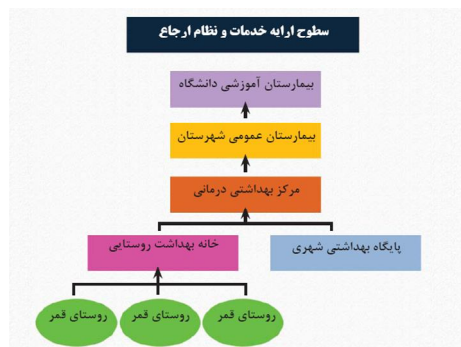
سیستم بهداشت و درمان در کشور لتونی یک برنامه ملی می باشد که عمدتاً از طریق مالیات دولت تامین می شود. نظام سلامت این کشور حداقل در چهار سطح مراقبت های بهداشتی اولیه، مراقبت های بهداشتی ثانویه، مراقبت های بهداشتی ثالثیه و مراقبت های پزشکی فوری تعریف شده است. خدمات بهداشتی اولیه به صورت گروهی و انفرادی ارایه می شود و دسترسی به این خدمات توسط همگان ممکن است. در ارایه خدمات ارتقای بهداشتی و فعالیت های پیشگیرانه نقش پزشکان خانواده بارز است بوطریکه در سال 1999 نسبت پزشکان خانواده به کل تعداد پزشکان ارایه دهنده خدمات بهداشتی اولیه 42 درصد بود و در اواخر سال 2000 تقریباً به 49 درصد رسیده است (28).

سیاست گذاری ارایه خدمات بهداشتی با هدف ارتقاء و توسعه خدمات اولیه صورت می گیرد. این نوع خدمات دارای ویژگیهای از جمله، در دسترس بودن، کم هزینه بودن و استفاده مناسب و

ویژگی‌های اقتصادی اجتماعی و ریسک بیماری در اختیار فرد، خانواده، جمعیت و جامعه‌ی تحت پوشش خود قرار دهد. پزشک خانواده می‌تواند برای حفظ و ارتقای سلامت، برابر این دستورالعمل از ارجاع فرد به سایر ارائه‌کنندگان خدمات سلامت و سطوح بالاتر استفاده کند، ولی مسئولیت تداوم خدمات با او خواهد بود. یکی از وظایف پزشک خانواده مدیریت و نظارت بر عملکرد تیم سلامت تحت سرپرستی خود است (30). شکل های 3 و 4 ساختار وسطوح ارجاع را در نظام بهداشتی و درمانی ایران بخوبی نشان می‌دهد. البته در سال 1395 در این ساختار تغییراتی جزئی و انهم در عنوان مراکز ایجاد گردید.



شکل 3- ساختار ارائه خدمات در نظام سلامت ایران



شکل 4- سطوح ارجاع در نظام سلامت ایران

- انجام تحقیقات کاربردی در نظام P.H.C و بکارگیری نتایج حاصل از آنها
- تعامل سیاست‌گذاران با صاحب‌نظران دانشگاهی و نمایندگان مردم، متخصصین این حوزه جهت برنامه ریز یهای مختلف
- توجه به انگیزش کارکنان در سطوح مختلف P.H.C
- سازماندهی مجدد مراقبت‌های اولیه جهت تأمین نیازهای جامعه
- افزایش کیفیت ارائه خدمات در مراکز مختلف
- توجه به پوشش همگانی، خدمات مردم محور، سیاست‌های عمومی بهداشت و رهبری صحیح
- تفکیک بودجه بهداشت از درمان در سطح ملی.

سال 1384 در این سیستم به کار گرفته شدند که امکان دسترسی بهتری را برای مردم فراهم گردد (29 و 30).

پزشک خانواده پزشکی است که حداقل دارای مدرک دکتری حرفه‌ای پزشکی و مجوز معتبر فعالیت حرفه‌ای پزشکی در محل ارائه خدمت باشد. پزشک خانواده، در نخستین سطح خدمات، عهده‌دار ارائه و مدیریت خدمات سلامتی سطح اول است و مسوولیت‌های زیر را برعهده دارد: تأمین جامعیت خدمات، تداوم خدمات، مدیریت سلامت، تحقیق، و هماهنگی با سایر بخش‌ها. پزشک خانواده مسئولیت دارد خدمات سلامت را در محدوده بسته‌ی خدمات تعریف شده؛ بدون تبعیض سنی، جنسی،

نتیجه‌گیری

نظام P.H.C در قرن بیست و یکم از نظر دستیابی به عدالت و ارتقاء سطح سلامت خصوصاً با پاندمی کووید-19 در دهه‌های اولیه این قرن همچنان یک راهکار مناسب و مفید می‌باشد. بنابراین دولتها جهت رسیدن به این اهداف باید به اصول P.H.C توجه و در جهت اجرای آن تلاش نمایند، اعتبارات بخش سلامت را در این نظام هزینه کرده و به فکر توسعه زیر ساختها و بازسازی این نظام با استفاده از راهکارهای ذیل باشند:

- تحول در آموزش بخشهای مختلف مراقبت اولیه سلامت)
- تیم سلامت، پزشکان خانواده، ارائه دهندگان و...

منابع

1. Bryant JH, Richmond JB. Alma-Ata and Primary Health Care: An Evolving Story. 2008 Elsevier Inc.
2. Lawn Joy E, Rohde J, Rifk in S, Were M, Paul V K, Chopra M. Alma-Ata 30 years on: revolutionary, relevant, and time to revitalize.
3. DRAFT ONLY REVITALISATION OF PRIMARY HEALTH CARE Background Document for 20th Anniversary Of Alma-Ata Conference : 27-28 November 1998. By David Sanders Public Health Programme, University of the Western Cape, South Africa.
4. Primary health care: 30 years since Alma-Ata.
5. خیاطی فریبا. صابری محمدهادی . مراقبت ها بهداشتی اولیه همچنان راهبردی برای گسترش عدالت در سلامت. فصلنامه علمی پژوهشی مدیریت سلامت 1388؛ 12(35).
6. سند سیاست ارتقاء مراقبت های اولیه سلامت.
7. King MH. [Community health worker extra hands fora doctor] (Trans. Mohammadloo S, Pashapoor N). Urmia: Takvin; 2000. [Persian]
8. Park JE, Park AK. [Park's textbook of preventive and social medicine Vol 2] (Trans. Shodjai-Tehrani H). 2nd ed. Tehran: Samat; 2004. [Persian]
9. Bagyani-Mogadam H, Ehraampoosh MH. [Principles of Health Services]. Tehran: Cherag-E Danesh; 2003. [Persian]
10. Shodjai-Tehrani H, Ebaadi-Fard-Azar F. [Principles of Health Services]. 13th ed. Tehran: Samat; 2003. [Persian]
11. Davoodi S. [Health and Its Determinants]. Tehran: Asar-E Moaser; 2007. [Persian]
12. London International Development Centre (LIDC). Commemorative Conference Examines Primary Health Care Three Decades after Alma-Ata. 17 September 2008. Available from: URL http://www.lidc.org.uk/news_detail.php?news_id=30
13. Chinnock P. World health Report calls for return to primary health care approach. 16 October 2008. Available from: URL: www.tropika.net/svc/news/20081016/Chinnock-20081016-News-WHO-PHC.
14. WHO(1986).Ottawa Charter
15. WHO (1998). Health promotion glossary. Geneva
16. WHO (2005). Bangkok Charter . Geneva.
17. WHO. [WHO and the most important activities in the last 50 years (1948 – 1998)] (Trans. Tavakoli R, Sanaaie-Nasab H, Rashidi-Jahan H). Tehran: Chehr; 2001. [Persian].
18. United Nations. [Human Development Report 2003, Millennium development Goals: a compact among nations to end human poverty (Trans. Gofrani H, et al)]. Tehran: Great Ibne Sina Cultural Institution; 2003. [Persian]
19. خسروی اردشیر. رهبر غلامرضا.نگاهی نو به مراقبت های اولیه بهداشتی. فصلنامه بهروز 1388؛ 20(1).
20. WHO. Primary Health Care: Now More than Ever. 2008. Available from: URL: <http://www.who.int/whr/2008/sum>
21. Sarti TD, Lazarini WS, Fontenelle LF, Almeida APSC. Organization of Primary Health Care in pandemics: a rapid systematic review of the literature in times of COVID-19. Rev Bras Med Fam Comunidade. 2021;16(43):2655.
22. Qidwai W. et al. Primary Health Care in Pandemics: Barriers, Challenges and Opportunities. World Family Medicine. 2021; 19(8): 6-11.
23. Masoumbeigi H, Ghanizadeh G. Environmental health and COVID-19. Tehran: Baqiyatallh University of Medical Sciences, 1st Edition, 2020.
24. Ghanizadeh G, Masoumbeigi H, Hosseini-Shokouh SM. Revitalisation of primary health care governance: an important pillar for the tangible management of COVID-19. J Prim Health Care. 2021 Dec;13(4):313-314.
25. PRIMARY HEALTH CARE IN THE AMERICAS, CONCEPTUAL FRAMEWORK, EXPERIENCES, CHALLENGES AND PERSPECTIVES: Pan American Health Organization, World Health Organization.. August 2002
26. BRITAIN'S HEALTH CARE EXPERIMENT by Patricia Day and Rudolf Klein
27. European Parliament, Health Care System the EU, Public Health & Consumer Protection Series, SACO 101 EN, 1998 ,pp: 85-91
28. European Observatory on Health Care System, Health Care System in Transition, Turkey, 2003
29. نسترن کشاورز محمدی 1، فاطمه زارعی 2، سعید پارسی نیا. آموزش بهداشت و ارتقاء سلامت در ایران: گذشته، حال و آینده. فصلنامه علمی-پژوهشی آموزش بهداشت و ارتقای سلامت 1392؛ 1(2).
30. ملک افضلی حسین.مراقبتهای بهداشتی درمانی جمهوری اسلامی ایران.مجله دانشکده بهداشت و انستیتو تحقیقات بهداشتی.12(2):1391-10.